



Aktenzeichen: _____

Ärztlicher Befundbericht

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A. Angaben zur Person

Versicherter Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Patient Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsort

B. Befundbericht

1. Behandlung

Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem _____ Tag, Monat, Jahr

Letzter Kontakt am _____ Tag, Monat, Jahr

Kontakte bestehen wöchentlich 14-tägig monatlich seltener

Der Antrag erfolgte auf meine Anregung? nein ja

2. Antragsbegründende Diagnosen nach Relevanz

(Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die Diagnoseschlüssel nach ICD-10 anzugeben.)

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)

Seitenlokalisation

Diagnosesicherheit

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Seitenlokalisation
R = rechts
L = links
B = beidseits

Diagnosesicherheit
A = ausgeschlossene Diagnose
V = Verdachtsdiagnose
Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose
G = gesicherte Diagnose

3. Antragsrelevante Anamnese, einschließlich Krankenhausaufenthalte und Berichte von anderen Fachärzten (bitte in Kopie beifügen)



Aktenzeichen: _____

4. **Daraus resultierende Funktionseinschränkungen in Beruf und im Alltag, was ist krankheitsbedingt nicht mehr möglich?**

5. **Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe**

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	keine Angabe möglich
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (z. B. Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (z. B. wirtschaftliche Eigenständigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (z. B. sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Aktenzeichen: _____

Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel besteht.

nein

ja mit Begleitperson

Besserung der Leistungsfähigkeit ist möglich.

nein

ja

kann ich nicht beurteilen

Belastbarkeit für eine Rehabilitation besteht.

nein

ja

12. **Bemerkungen**

C. Unterschrift

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Die Landwirtschaftliche Alterskasse honoriert diesen Befundbericht pauschal mit 29,61 €. Bitte verwenden Sie die als Anlage beigefügte Honorarabrechnung.



Aktenzeichen:

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht	
Versicherter	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien)	29,61 €
Das Honorar ist zu überweisen an	
_____	_____
Kontoinhaber	IK
Name und Sitz der Bank	
_____	_____
IBAN	BIC
Zuständiges Finanzamt zur Meldung ggf. im Rahmen der Mitteilungsverordnung	
Bitte unbedingt angeben: _____	
Rechnungsnummer	Rechnungsdatum
_____	_____
Datum	Stempel und Unterschrift
Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen sind.	